

DATE DE L'ADMISSION

25 Juillet 1899

Nom et prénoms : Vernay Marie

Profession :

Age : 11 ans

Domicile : Lyon

Lieu de naissance : Lyon

DIAGNOSTIC

~~Épilepsie Jacksonienne~~
~~Épilepsie~~
Hémiplegie droite infantile
Crampes trophiques du
membre inférieur droit.

Etat civil :

Degré d'instruction : Sait à peine lire.

Indication de la source
à laquelle ont été puisés
les renseignements.

Antécédents : Père et Mère récents et très portants - aucun
concomitance entre les parents - Père très alcoolique
La mère de l'enfant, qui fournit ses renseignements,
prétend avoir eu d'abord une fausse couche, puis cette
fille, qui vint au monde très normalement
à l'âge de 2 mois la petite malade eut de violentes con-
vulsions - Les parents attribuent la maladie actuelle
à une frayeur que l'enfant aurait eu à l'âge de 3 an-
nées les accidents débutèrent cinq mois après cet accident.
La petite malade avait chaque nuit des soubresauts, dans
le côté droit - Ces soubresauts augmentaient et bientôt

Causes présumées et début de la maladie : elle se mit à boiter - Elle
avait marché à l'âge de 16 mois, et de cette époque à l'âge
de 3 ans la marche fut régulière, au lieu de la mère -
Bientôt la faiblesse augmenta dans les membres, et
elle ne put plus se lever de la main droite - La gauche
des mains eut se mit à trembler - Elle fut alors em-
menée à l'Hôtel-Dieu, elle ne vint très améliorée, la maladie
avait alors 2 ans - La main droite de la femme - Elle
présentait fréquemment des crises qui duraient peu, et qui
consistaient en soubresauts toujours du côté droit - La
malade présentait sa mère et sa sœur -
Elle entra dans le service pour la même affection.

HISTORIQUE DE LA MALADIE AVANT L'ADMISSION

(Diriger l'investigation sur la nature, le nombre de crises et les troubles psychiques).

Actuellement la maladie prend en moyenne place
de 20 crises par semaines, mais d'une façon très
irrégulière.

D'une façon générale la crise commence par
des convulsions ~~longues~~ du bras droit, puis très
rapidement s'étend, envahit l'extension au membre
inférieur droit qui se raidit, en même temps
les yeux se convulsent et la malade tombe.

Cette description s'applique à la crise forte
mais ordinairement, l'intensité de la crise est beaucoup
faible. Tout se borne à des convulsions prolongées
du bras dr. puis la malade tombe, mais sans
perdre connaissance et se relève 99. seconds après.
Parfois même la crise se borne à une sensation
subjective, toujours de la région sup. droit, mais
ne se traduit par rien à l'extension. La malade sent
"couper dans son bras" suivant son expression.
Dans la forte crise la malade urine son elle
mais ne mord jamais la langue. Après la
retour à la connaissance, peu de apoplexie ni de
sommolence.

À l'examen de la malade on constate:

- 1° la longueur de membres supérieurs mesurée de
l'acromion à l'extrémité du médius est
des deux côtés la même et égale à 0.99 ct
- 2° la longueur du bras de l'acromion à l'olécranon
est la même des 2 côtés = 28 ct, 9
- 3° Pas d'atrophie appréciable du côté droit.
- 4° la longueur de membres inférieurs mesurée de
l'opercule iliaque ant. sup. à la malléole externe
donne:
du côté droit 20 ct du côté gauche 22.9

Le soir la malade va bien, elle à 38,2
comme température. Elle cause avec nous
sans aucun effort.

5 X^{le} 98 - Campes - 37,5 - La malade n'a
plus cette lourdeur de tête qui elle accusait
les jours précédents. On l'a pansé la
veille.

Depuis le jour de l'opération, elle n'a eu
ni vertige, ni crise.

M. le Dr Parrot qui a examiné les débris
de tissu nerveux ^{altéré} enlevé à la curette le jour
de l'opération dit que l'on est en présence
d'un "gliome malin".

14 X^{le} 98 - La malade va très bien au point de vue
opératoire - mais le 9 elle a pris une
crise très forte, le 10 aussi, le 11 un
simple vertige.

Elle est donc restée 6 jours seulement
sans prendre de crise à la suite de son
opération.

25 X^{le} 98 - Les crises sont revenues aussi nombreuses
qu'avant l'intervention.

5 Janvier 1896 - La malade rentre dans le service
(31 X^{le}). elle ne parle pas, du qui était très
bavarde auparavant. Son côté est en état
de contracture passagère post-épileptique
et ^{dans l'interval} ~~lors~~ des crises, elle est en état de
flaccidité. Elle ne peut marcher. vertiges fréquents.

~~18 Janvier~~ elle sent sa tête tourner.

25 Janvier - mieux sensible. L'enfant s'exprime
et peut se faire comprendre.

Mieux sensible - la parole est revenue: 20 Janvier
^{un peu trébuchante}
La station debout est possible. La jambe
droite traîne sur terre. Elle marche avec
sa main droite.

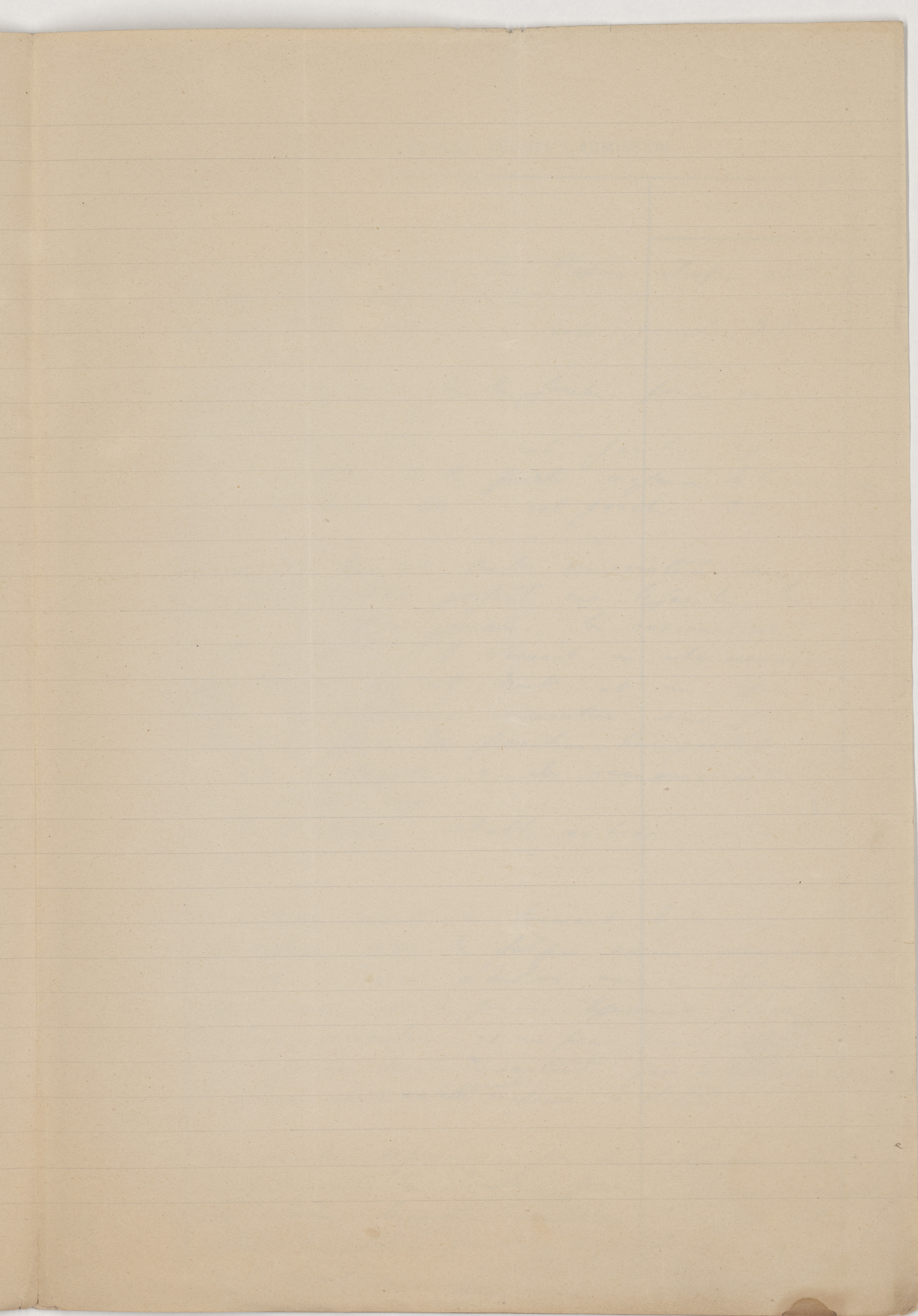
Plaie opératoire absolument guérie. On
voit le battant ^{à ce} niveau sur une large
étendue.

La malade est à peu près dans 13/2 1896
l'état où elle se trouvait avant
l'opération.

Mieux sensible. Les crises sont entre
petit nombre. Toujours beaucoup de vertiges.

Vertiges nombreux. État général très bon 23/4 -
Depuis l'opération, on lui a appris à
lire.

10 Juillet 97. Elle marche un peu mieux - sans aucun des
fléchissements - les jambes sont droites - elle peut aller
s'élever - clouer de papier - n'a plus aucun vertige.



4

HISTOIRE DE LA MALADIE DEPUIS L'ADMISSION

DATES		TRAITEMENT
	pour la cuisse, de l'épau chaque aut. sup. à bord inf. de la sciatique cote droit 40 cote gauche 39.	
p ¹	la circonférence de la jambe prise au mollet et de cote droit 28 cote gauche 28 la circonférence de la poitrine moyen de la cuisse = cote droit 30 cote gauche 31	
	En somme du cote droit on constate une atrophie notable portant sur la jambe la cuisse, la région fessière, le rachis et atteint le cot. il s'ensuit un abaissement du bassin du cote droit et un léger dép. de scoliose consecutive mais qui disparaît dans la position horizontale On d'atrophie n. de rachis et au membre sup. De d'atrophie notable au bras, ni à la face.	
	La malade marche en serrant la jambe sans douleur mais la fatigue arrive vite à pied et Toarni se distingue avec un léger squinisme et le genou légèrement fléchi. La force musculaire est un peu diminuée à la jambe droite, surtout pour le fléchisseur le réflexe sont notablement exagérés à droite.	
	Au membre supérieur peu de différence bien marquée entre le 2 cote pour la force muscul. La malade tient seulement à droite un peu plus maladroite que la gauche, cependant elle peut conduire	

La reflexion sont au peu plus en retard à droite.
Il y a de la tripidation epileptique à droite.

La sensibilité de la sensibilité - la sonde franche
passait bonne. La memoire est bien conservée. Il n'y a
pas de trouble de l'intelligence.

14 nov. 95 - La malade prend une crise devant nous:
elle nous avertit qu'elle sentait venir sa crise.

La jambe et la main droite se contracte ainsi que
son bras droit. La contracture se generalise
du côté droit et à la face. Elle tombe
et perd connaissance pendant quelques
secondes.

Rien du côté des yeux.

29 Nov. 95 - La santé générale étant excellente
le nombre des crises toujours le même.

On décide de faire tripaner la malade -
M^r Carrier pensant à une altération ^{de la substance} du lobe paracentral.

3^e X^{me} 95. Tripanation dans la région super. gauche
de la ligne de Rolando. M^r adenot pose
six couronnes de tripan en triple.



On trouve au niveau de la parietale ascendante apres
incision de la dure mere une partie de cette
circonvolution presentant un aspect noiratre
comme melanique. Il y a tout autour de
l'edeme cerebral. Cet aspect du tissu nerveux
se continue du côté du lobe paracentral
et vers la face interne de l'hémisphère gauche.

On culive à l'aide des ciseaux et de la curette ^{une} ~~cette~~ partie
de la substance cerebrale ~~altérée~~ - Elle est friable et
comme à la palpation une sensation de fluctuation ~~moelle~~ ^{moelle} que
l'on ne ressent pas en palpant les circonvolutions normales.
Cette degenerescence neoplasique du tissu nerveux se poursuit profondement
comme on s'en assure par le grattage.
On touche au thermocauter - les meninges sont rabattues - et la plaie
cutanee suturee.

DATE DE L'ADMISSION

25 juillet 1895

Nom et prénoms : Vernay Marie

Profession :

Age : 11 ans

Domicile : Lyon

Lieu de naissance : Lyon

DIAGNOSTIC

Epilepsie jacksonienne

Hémiplegie droite infantile
Troubles trophiques
du membre supérieur droit.

Etat civil :

Degré d'instruction : Sait à peine lire.

Indication de la source
à laquelle ont été puisés
les renseignements.

la mère du l'enfant
la petite malade

Antécédents : Père et mère vivants et bien portants. - Aucune
consanguinité entre les parents. - Père très alcoolique.
La mère souffrant ainsi en d'abord une fausse couche puis
la petite malade cette fille vint au monde normalement. Elle est toujours restée
à l'âge de 7 mois l'enfant en de violentes convulsions
Le père boit surtout de l'absinthe surtout depuis l'âge de
35 ans (il en avait 39 à la naissance de la petite) Cependant
il joint à une très bonne santé. Pas de consanguinité entre
les parents. La petite malade marche à 18 mois, parle à 2 ans
et est en somme guérie jusqu'à 4 ans. A signaler non-
seulement les convulsions qu'elle a eu vers l'âge de
9 ou 10 mois.

Causes présumées et début de la maladie : Les parents attribuent la
maladie actuelle à une fausse couche. L'enfant aurait
eu à l'âge de 8 ans - c'est à dire les accidents de l'épilepsie
seulement cinq mois après cet accident. La petite
malade avait chaque nuit des soubresauts dans le lit
droit ; ces soubresauts augmentèrent et bientôt elle
se mit à sauter - Elle avait marché à l'âge de 6 mois
et dix cette époque à l'âge de 8 ans la marche fut
régulière. Bientôt la paralysie des membres augmenta ;
l'enfant ne put plus se servir de sa main droite, en
même temps que la partie du membre est se mettait
à traîner. - Elle fit alors un séjour à l'Asile de

HISTORIQUE DE LA MALADIE AVANT L'ADMISSION

(Diriger l'investigation sur la nature, le nombre de crises et les troubles psychiques).

Elle en sortit très amoindrie, la main avait repris plus de force. La malade avait alors 7 ans. Elle présentait fréquemment des crises qui duraient peu et qui consistaient en convulsions, toujours du côté droit. Ces crises sont passées et terminées par la malade. A l'âge de 11 ans elle entre dans notre service pour la même affection. Actuellement la malade prend plus de 20 crises par semaine, mais d'une façon très irrégulière.

En général la crise commence par des convulsions toniques du bras droit, puis elle devient très rapidement clonique. Parfois extension du membre inférieur droit qui se raidit, en même temps les yeux se convulsent et la malade tombe.

Cette description s'applique à la crise forte, mais ordinairement l'intensité de la crise est beaucoup plus faible. Parfois comme à des convulsions cloniques du bras droit, puis la malade tombe, mais sans perdre connaissance et se relève quelques secondes après. Parfois même la crise se borne à une sensation subjective, toujours dans le membre supérieur droit. La malade a tout l'air de son bras, au point de son expression. Pendant les fortes crises la malade urine, mais ne se mord jamais la langue. Après le retour à la connaissance pas de apoplexie, ni de somnolence.

A l'examen de la malade on constate que :

1° La longueur des membres supérieurs mesurés de l'épave à l'extrémité du médius est la même des deux côtés. 70 cm 59.

2° La longueur du bras de l'épave à l'extrémité est la même des deux côtés. 50 cm.

3° Pas d'atrophie appréciable du côté droit.

4° La longueur des membres inférieurs mesurés de l'épave iliaque antérieure-supérieure à la malléole externe droite.

du côté droit 70 cm. — du côté gauche 72 cm 5.

de l'épave iliaque antérieure supérieure au bord inférieur de la rotule.

du côté droit 40 cm. — du côté gauche 39.

5° La circonférence de la jambe prise au mollet et la partie supérieure de la cuisse.

droite au mollet : côté droit 25 cm. — côté gauche 27 cm.

à la cuisse : — 30 cm — — 31 cm.

HISTOIRE DE LA MALADIE DEPUIS L'ADMISSION

DATES	TRAITEMENT
	On remarque du côté droit on constate une atrophie notable portant sur la jambe, la cuisse, la région fémorale ; le membre est atteint 2 ct. ; il subsiste un abaissement du bras du côté droit et un léger degré de roture consécutive, qui disparaît dans la position horizontale. Pas d'atrophie ni de raccourcissement du membre supérieur. Pas d'atrophie notable au bras, ni à la face. La malade marche en traînant la jambe sans douleur, mais la fatigue arrive assez vite — le pied est tourné en dehors, avec une légèreté exquise et le genou légèrement fléchi. La force musculaire est un peu diminuée à la jambe droite, surtout pour les flexions. Les réflexes sont notablement exagérés surtout.
	Le membre supérieur pas de différence marquée pour la force musculaire entre les 2 côtés. La malade ne peut marcher sur la jambe droite du bras droit, cependant elle peut marcher. Les réflexes sont un peu plus marqués, et il y a de la tripléction épileptiforme de ce même côté.
	Pas de trouble de la sensibilité, de la sensibilité générale ou l'intelligence.
14 nov. 95	La malade prend une crise devant nous. Elle nous avertit qu'elle sent venir sa crise. La jambe, le bras droit et le bras droit se contractent. La contraction se généralise au côté droit à la face. Elle tombe et perd connaissance pendant quelques secondes. Rien du côté du cœur. La sensibilité générale est intacte, le nombre des crises toujours le même, on décide de suivre l'évolution de la maladie, et M. Larnier, pensant à une altération de nature indéterminée du tronc paracentral.
31 oct. 95	Préparation dans la région superficielle gauche de la région de l'épave. M. Larnier fait. Couronne de l'épave en tringle. On trouve au niveau de la paracentrale ascendante, ainsi incision de la dure-mère, une partie de cette incision présentait un aspect anormal, comme vasculaire. Il y a tout autour de l'incision vasculaire. Cet aspect du tronc ne se continue du côté du tronc paracentral et vers la face interne de l'hémisphère gauche. On observe avec de la cuisse et la cuisse une partie de la substance cérébrale altérée. Elle est friable et l'on ne

ne peut pas en faire les involutions normales. Cette dégénérescence
ne s'explique du tissu nerveux se comportent profondément comme
on s'en assure par le grattage. On trouve au thermocautère -
Les méninges sont adhérentes et la plaque cutanée suture.

Le soir la malade se lève, elle a $38^{\circ}2$ de température. Elle marche
avec une sans aucun effort.

5 X buq5. Température 37.5 . La malade n'a plus cette boue de
tête qu'elle accusait les jours précédents. Elle a été guérie
la veille. Depuis le jour de l'opération elle n'a eu ni vertige,
ni crise. M^r le D^r Parvitz qui a examiné les doctes de
tissu nerveux enlevés à la curette conclut que l'on est en pré-
sence d'un glisme malin.

14 X buq5. La petite malade va très bien au point de vue opératoire
et le 9 et le 10 elle a eu 2 crises très fortes et le 11 un simple
vertige. Elle est donc restée 8 jours sans avoir aucun phénomène de
crise à la suite de son opération.

26 X buq5 Les crises sont revenues aussi nombreuses qu'avant l'opé-
ration.

5 janvier 1896 La malade rentre dans la Salle St-Hippolyte. Elle
ne peut pas, elle qui était très bascule auparavant. Son état
est en état de contraction paroxysmale post-épileptique et dans
l'intervalle des crises, elle est en état de flaccidité. Elle ne
peut marcher, vertiges fréquents, elle sent sa tête tourner.

25 janvier 1896. Même sensibilité. L'insupportable et peut se
faire composer des. Même sensibilité. La parole est revenue.
L'état en général est possible. La jambe droite trouve par terre.
Elle marche avec la main droite.

Plaque opératoire absolument guérie. On voit le battant à ce
niveau avec une large cicatrice.

13 février 96 La malade est à peu près dans l'état où elle se
trouvait avant l'intervention.

9 mars 96. Même sensibilité. Les crises sont en plus petit nombre,
mais il y a toujours beaucoup de vertiges.

23 avril 96. Vertiges nombreux. État général très bon. Depuis
l'opération on a appris à l'air à la malade

janvier 96 L'état de la malade est toujours le même

mai 96 La malade tend plutôt à présenter moins de crises
État général très bon.

HOSPICE
de
L'ANTIQUAILLE

DATE DE L'ADMISSION

MALADIES NERVEUSES

DIAGNOSTIC

*Spécialité
généraliste
de la clinique
infantile*

Nom et prénoms :

Vernet

Profession :

11

Age :

14

Domicile :

Lieu de naissance :

Lyon

Etat civil :

Degré d'instruction :

Indication de la source
à laquelle ont été puisés
les renseignements.

Mère

et médecin

Antécédents :

*La mère n'a rien de ses antécédents fami-
liaux. Elle n'a jamais eu de névrose
nécrose l'obligeant à rester au lit, un sub-
jet pulpeux pour. Elle avait seulement une
névrose nerveuse. Sa fille, elle ne sup-
portait pas la moindre contrainte, colères
et pleurs faciles. Semblable qu'une - suscep-
tibilité - les discussions provoquent et les
tremblements des mains - une idée contraire*

~~Causes présumées et début de la maladie :~~

*même suffit - les
symptômes s'étaient élevés son mariage
Mère. Discussions, scènes, rupture - donc
nerveux, mais sans manifestations patho-
logiques -*

*un faux couche (3 mois) (elle paraît
traumatique) - au bout de 3 ans de
mariage*

*être notoirement alcoolique. C'est
particulièrement l'alcoolisme - Sur son âge
d'âge de 35 ans (il en avait 35 à la
naissance de la petite -) N'ayant d'autre,*

HISTORIQUE DE LA MALADIE AVANT L'ADMISSION

(Diriger l'investigation sur la nature, le nombre de crises et les troubles psychiques).

apporte sa femme, il n'est remarquable de santé, n'a jamais eu la moindre maladie. n'apparaît pas avoir été atteint de quelque syphilis possible sans danger à la syphilis - l'enfant n'a eu ni traitement.

Un de parents ou sa femme

La maladie : commencement et progression

Marche à 13 mois, parle à 2 ans - comprend bien - le son est précis et normale jusqu'à 3-4 ans - le langage se développe les vocalises vers 9-10 mois qui ont dure à 12 mois et n'ont plus reparu -

Les premiers symptômes observés par la mère vers 6 ans sont les tremblements et le bécotement, les secousses de tout le corps qui agitaient tout à coup la malade - et vers 3-4 fois par nuit. Respiration normale peu après les premières crises : l'enfant se remanifeste par leur aura : la petite se sent très-bien venir - les parents sa famille de ne pas s'effrayer, se couche à terre et attend ainsi d'un état de semi-syncope qu'elle put se relever - l'enfant part de courroux encore - ce qui la prévient, elle, c'est une sensation de sirop tendu et les yeux, les sursauts amyotrophes de la base de la jambe droite - pour les pieds elle demande qu'on lui frictionne. Vers 1-

HISTOIRE DE LA MALADIE DEPUIS L'ADMISSION

DATES	TRAITEMENT
	anxiété insolente, par le mouvement de la bouche, quelquefois une légère salivation. l'enfant se mouvant par la tête et les yeux sont très-lentement portés à gauche, puis par un petit saut à droite. Mais en dehors des crises, l'enfant marche, se tient debout, usage normal des membres inférieurs. l'acte difficile, les 7 ans 1/2 elle boitait, mais d'un frottement intermittent, plus fort quand les crises étaient plus nombreuses - pas amyotrophie par la gêne des occupations habituelles. Régulier pour tout cela se passant avant 9 ans - Tous les symptômes augmentant la mère qui présente son enfant à M^r Loidier. Celui-ci soupçonne déjà d'une tumeur cérébrale et il fait une opération sans succès au pôle ou l'autre. Cependant les crises cessent peu à peu de caractère d'un double point de vue : 1. d'abord elle perd un caractère et les crises augmentent un peu de durée puis, elle se généralisent et les contractures se propagent maintenant au membre supérieur droit puis au membre inférieur.

Ces membres les contractures sont tout les mêmes
caractères par la force et la durée. Les muscles
le mouvement de la main et de la main
les yeux et de la force -
Les caractères sont les mêmes par la force et la durée
seulement les formes des crânes sont anguleux et varia-
bles -

HOSPICES CIVILS DE LYON

HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE

Nom *Sernay Marie* Salle

Lit N° F° *1*

Prénoms

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ

Age *11 ans*

Profession

Né à *Lyon*

Demeurant à *Lyon*

Entré le *2^e juillet 95*

Sorti le

Epilepsie Jacksonienne

Hémiplégie droite infantile

Crampes trochantériques du membre inférieur droit.

Érepanation

Gliome du lobe paracentral

Chef du Service, M.

OBSERVATION CLINIQUE

Elève interne, M.

Père et mère vivants et bien portants. Aucune consanguinité entre les parents. Père très alcoolique. La mère de l'enfant, qui fournit les renseignements, prétend avoir eu d'abord une fausse couche, puis cette fille qui vint au monde très normalement. A l'âge de 7 mois la petite malade eut de violentes convulsions. Les parents attribuaient la maladie actuelle à une frayeur que l'enfant aurait eu à l'âge de 2 ans. Mais les accidents débuteient 5 mois après cet accident. La petite malade avait chaque nuit des soubresauts, dans le côté droit. Les soubresauts augmentaient bientôt. Elle se mit à boiter. Elle avait marche à l'âge de 16 mois, et de cette époque à l'âge de 3 ans la marche fut régulière, au dire de la mère. Bientôt la faiblesse augmenta dans les membres, et elle ne put plus se servir de la main droite. La jambe du même côté se mit à traîner.

Elle fit alors un séjour à l'Hôtel-Meu; elle en sortit très améliorée. La malade avait alors 8 ans. La main refit de la force. Elle prenait fréquemment des crises qui duraient peu, et qui consistaient en soubresauts toujours du même côté. La malade perdit sa vue et l'ouïe.

Elle entra dans le service pour la même affection. Actuellement la malade prend en moyenne plus de 20 crises par semaine, mais d'une façon très irrégulière.

D'une façon générale la crise commence par des convulsions toniques du bras droit, puis très rapidement cloniques; ensuite extensor du membre inférieur droit qui se raidit; en même temps les yeux se convulsent et la malade tombe.

Cette description s'applique à la crise forte; mais ordinairement, l'intensité de la crise est beaucoup affaiblie. Tout se borne à des convulsions cloniques du bras droit, puis la malade tombe, mais sans perdre connaissance et se relève 99 secondes après. Parfois même la crise se borne à une sensation subjective, toujours dans le membre inférieur droit, mais ne se traduit par rien à l'extérieur. La malade sent « bouger dans son bras » suivant ses expressions. Dans les fortes crises la malade urine sous elle mais ne se mord jamais la langue. Après le retour à la connaissance, pas de céphalée ni de somnolence.

A l'examen de la malade on constate:

1^o La longueur des membres supérieurs mesurée de l'acromion à l'extrémité du médius est des deux côtés la même et égale à 0,95 cent.

2^o La longueur du bras de l'acromion à l'olécranon

Nom

Pernay Marie

Salle

Lit N°

F°

2^o est la même des deux côtés = 28 cent.
 3^o Pas d'atrophie appréciable du côté droit.
 4^o La longueur des membres inférieurs mesurée de l'épine iliaque ant. sup. à la malléole externe donne :
 du côté droit : 70 cent - du côté gauche : 72,
 pour la cuisse, de l'épine iliaque ant. sup. au bord inférieur de la rotule :

côté droit : 40 c. côté gauche : 39.

5^o La circonférence de la jambe prise au mollet est de :
 côté droit : 25 côté gauche : 27.

la circonférence de la partie moyenne de la cuisse :
 côté droit : 30 côté gauche : 31.

En somme du côté droit, on constate une atrophie notable portant sur la jambe, la cuisse, les régions fémorales. Le raccourcissement atteint 2 cent ; il s'ensuit un abaissement du bassin du côté droit et un léger degré de scoliose consécutive, mais qui disparaît par la position horizontale.
 Pas d'atrophie ni de raccourcissement du membre sup.

Pas d'atrophie notable au tronc ni à la face.

Le malade marche en traînant la jambe sans douleur, mais la fatigue arrive assez vite ; le pied est tourné en dehors avec un léger équinisme et le genou légèrement fléchi. La force musculaire est un peu diminuée à la jambe droite surtout pour la flexion. Les réflexes sont notablement exagérés à droite.

Au membre supérieur pas de différence bien marquée entre les 2 côtés pour la force musculaire. La malade le sent seulement à droite un peu plus maladroite que la gauche, cependant elle peut conduire. Les réflexes sont un peu plus marqués à droite. Il y a de la trépidation épileptique à droite.

Pas de trouble de sensibilité. La santé générale paraît bonne. La mémoire est bien conservée. Il n'y a pas de trouble de l'intelligence.

14 Nov. 95

La malade prend une crise devant nous; elle nous avertit qu'elle sent venir sa crise. La jambe et la main droite se contractent ainsi que son bras droit. La contracture se généralise du côté droit et à la face. Elle tombe et perd connaissance pendant 99s secondes. Rien du côté des yeux.

25 Nov. 95

La santé générale étant excellente, le nombre des crises toujours le même, on décide de faire trépaner la malade. Dr Camier pensant à une altération de nature indéterminée du lobe central.

Le 3 Dec 95
Crépanation.

Le soir la malade va bien, elle a 38, 2. Elle cause avec nous sans aucun effort.

4 Dec

Opér. Le pansement a été imbibé par du liquide séro-sanguinolent. La malade n'a pris aucun crise ni aucun vertige depuis l'opération. Elle se rappelle cependant bien avoir pris un vertige hier avant l'opération. Cette enfant est intelligente et décrit bien les sensations qu'elle a éprouvées. La plaie a un très bon aspect. La malade cause pendant qu'on la panse. Elle ne souffre pas pendant le pansement. L'état général est excellent; elle demande à manger.

5 Dec

La malade se sent un peu mal à la tête hier; aujourd'hui son état général est très bon; elle cause. Il n'y a pas eu de crises ni de vertiges hier.

Nom

Vernay Marie

Salle

Lit N°

F° 9

Détails de
l'opération:

6/12. 78 - Vendredi bon. - Pas de crises ni de vertiges. Au moment où
j'entends les bandes de gaz idios d'écouler un air qd qd de l'aromaté d'air.
C'est sans doute de l'air idios d'écouler. La plaie est en très bon état. On voit les
ballonnements du cerceau sous la peau. Pas de douleur. Pas de fièvre. - A bien dormi - L'air bon.

7/12 Samedi matin - État qd très bon - ni crises ni vertiges. Très gai - Mieux l'air -
pas de fièvre -

9/12 Lundi matin - Pas de fièvre - État qd très bon. Mais hier on le jour où l'inf. a pris une crise
de convulsions Jacksoniennes et j'ai dû donner comme les jours précédents avant l'ap.
C'est un état qd en très bon, elle est guérie -

HOSPICES CIVILS DE LYON

HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE

Nom *Vernay* Salle *St Charles* Lit N° *8* F°

Prénoms *Maria*

Age *11*

Profession

Né à

Demeurant à

Entré le

Sorti le

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ

Epilepsie Jacksonienne

Chef du Service, M.

MÉDICAMENTS

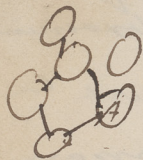
Elève interne, M.

PRESCRIPTION	S. ALIBILES	CESSATION	PRESCRIPTION	USAGE INTERNE	CESSATION	PRESCRIPTION	USAGE EXTERNE	CESSATION
			<i>1/8</i>	<i>Sp. de biphosphate</i>				
				<i>de chaux</i>				
				<i>(2 cand. f. f.)</i>				
			<i>24/10</i>	<i>H. Br.</i>	<i>2 gr</i>			
				<i>Sp. écorce d'orange</i>	<i>60. gr</i>			
			<i>13 nov.</i>	<i>KBr</i>	<i>3 gr</i>			
				<i>Sp. S. orange</i>	<i>60</i>			

Préparation - Mal. du Dr. Carré

Opération le 3 Dec. 98. Le Dr. Adenot préparant

à gauche. Incision en T d'abord
antéro-post. parallèle au sinus long. sup. puis
un élargissement latéral.



Je fais deux couronnements de la région
Rolandique en prenant les mesures. Les
côtes. J'aurai d'abord en A sur la portion
sup. de la circonférence. occid. probablement.
Je dis probablement car je n'ai pu l'affirmer bien qu'il
m'ait servi à reconnaître la suture de Rolando
et un gros vein perpend. à ce niveau. après
avoir reconnu la dure-mère longit. il s'en est fait
hernie immédiate une masse d'œdème sous arachnoïd.
dural. d'un anneau. Cette petite boule d'œdème
s'en est fait à la surface une petite zone de fermeté
qui spongieuse se renouvelle immédiatement. Le
phén. est abstrait? identique à celui que nous avons
déjà observé dans un cas d'idiotie avec large
surface d'œdème sous arachnoïd.
Une seconde couronne de Brizon en fermeté d'opération

une main d'acier plus étendue après section
continue de la dure mère. Il se produit alors
une petite déchirure de la surface pie mère
et une tumeur très nette apparaît.

Je protège alors une série de 3 couronnes de
Argon, sectionnant les ponts intermédiaires de C¹ et
C² entre ainsi un quadrilatère ouvert que
je replace ensuite pendant que j'examine
le cerveau et après avoir ~~noté~~ ouvert la
dure mère afin d'empêcher la hernie du cerveau
qui tend à se produire. Sur la large brèche de
la grandeur d'une petite paume de la main on
voit nettement les circonvol. roses, découvertes de leur
pie mère en feu ardent et en dehors, puis au
niv. de la première couronne, sur une poignée très
voisin des sinus long. sup. et très probable au
niv. du lob. paracentral à la partie sup. de
la frontale occid. au niv. du centre des moelles
du membre inf. que j'avais cherché à atteindre
tout d'abord, en ce point dis-je j'ai saisi
une masse du vol. d'une noix, violacée, grésée,
d'aspect saigneux avec quelques points plus noirâtres
certaines pigments ou comme infiltrés de petits

2 Preparation

Hémorrhagie intestinale antérieure.

Cette masse semble se continuer sur la ligne médiane avec un petit prolongement d'aspect dardant, mais qu'il ne s'agit pas pareillement de la tumeur en elle-même bien limitée qu'il l'est en effet.

Cette masse est en outre molle, blanchâtre, délicate au toucher, excisée molle, coque putride aqueuse. Au toucher la sensation qu'on prend en elle d'un tumeur sans contour bien défini de l'aspect de tumeur d'un tumeur nerveux de voisinage d'aspect sain.

Les battements cardiaques sont très marqués.

Je sectionne au bistouri d'abord puis avec des ciseaux courbes sur le plat très fins la tumeur en enlevant de l'intérieur par tranches. En raison de la mollesse du tumeur j'ai été obligé de m'aider ensuite d'une curette pour faire d'intérieur la masse complètement. Je m'arrête au moment où il me semble remonter un tumeur plus blanc d'aspect sain. J'ai ainsi l'achèvement et enlevé environ un centimètre d'épaisseur de tumeur de la circonvolution.

Les fragments intérieurement conservés ont été
suis par cautère au thermo caustique sans
la surface de la région évidée.

Superficiellement les lambeaux cutanéo-muqueux
sont antiseptiques — Le crâne avait
été rasé préalablement —

Planctontheria a été un organisme, la espèce
était petite, les mucoïdes très abondants,
l'organisme se voyait à plusieurs reprises
j'ai fourni la partie coralline.

Les fragments portés par moi-même ont été à la
faculté ont été placés par M. Variol de suite
dans le liq. de Muller et l'alcool. Une petite portion
admise de suite et examinée au D.C. a montré
qu'il s'agissait d'un organisme microscopique avec
petits noyaux embryonnaires. En outre il
existait comme des chaînes allongées ^{et branches d'angle droit} réunies de
noyaux sur la signification desquels M. Variol
ne s'est pas encore prononcé. Un examen
plus complet sera fait ultérieurement.

Année

Année

Nom

Nom Marie Vernay 21 ans

A. n° 38. - 500.

Mois		DATES																															TOTAUX				Prescription médicale	OBSERVATIONS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
																																	VERTIGES		CRISES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
																																	JOUR	NUIT	JOUR	NUIT																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Janvier	J																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE

Année _____

Nom Marie Vernay 11 ans

Mois		DATES																															TOTAUX				Prescription médicale	OBSERVAT
																																	VERTIGES		CRISES			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	JOUR	NUIT	JOUR	NUIT		
Janvier	J																																					Les chiffres pe indiquent des barres au
	N																																					
Février	J																																				Les chiffres indiquent conclusions et ~~avec~~ ~~écrits~~ écrit mais à tout le	
	N																																					
Mars	J																																					
	N																																					
Avril	J																																					
	N																																					
Mai	J																																					
	N																																					
Juin	J																																					
	N																																					
Juillet	J																										i	i	i	6	2	1						
	N																																					
Août	J	i				1		2	1	1	1				1	2	3	2	i	i		i			1	4	1	3	1									
	N																																					
Septembre	J			1	2	1	1							2	4	i	6	2	i	1			2		6	3			3	i	3	3						
	N			3										1	4	i					1	1	1		2	1	1		1									
Octobre	J	i	2	i	i		1						i	1	1			1	1	2	2			1	1	1	1	1	1									
	N				1		2	1	3	2	1	2				2					1	2	1		1			1										
Novembre	J					1	2	1	1	1	i				1		2	i	1	1	i	i		1	i			1	i									
	N			1	1	1	3		1																				2	2	1	3						
Décembre	J	3	2																																			
	N	1																																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						

HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE

Année

1896.

H. P.

Nom

Vernet Marie

11 ans

A. n° 36. - 500. 458

Mois		DATES																															TOTAUX				Prescription médicale	OBSERVATIONS
																																	VERTIGES		CRISES			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	JOUR	NUIT	JOUR	NUIT		
Janvier	J		3	3	4	6	1	1	2				1	1	1	1	5		1								1			2	2		14	21				
	N	5	4	5	2	7	4	1	1	2									1		1	1		1		1							7	37				
Février	J	2	1	1			1	1		1			1	3	2	2		2		1		2	1	2	1	2	1		2			30						
	N																																					
Mars	J			2		2	1	1	3	1	1	2		1		1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2		1	1	2		1	32	2				
	N																																					
Avril	J				1	1	2	1				1	3	1		1	2				1	2		1	1				1			17	5					
	N																																					
Mai	J	1	2	1	2	1	2	1	1			2				1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2						24						
	N														1																		1	1				
Juin	J	2		5						1	1	1	1	1		1					1					1					1	19	2					
	N																																					
Juillet	J				1		1		2				2						1	1	1	1	1	1	1	1	4	2		1	21	2						
	N																																					
Août	J	2	1	5					1				1	1	1	1	4	1		1	1	1						1			19	4						
	N								1																									1				
Septembre	J						1												1	1									1		4	2						
	N			1		1																										1	2					
Octobre	J			1					1		1	1														2						5	4					
	N											1	1			1																1	3					
Novembre	J														1			1	1	1						1	1	1	1	1		9	1					
	N																																					
Décembre	J	1		1	1			1	1	1			1	1			1			1	1						1	1	1			8	7					
	N									3										2														5				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	198	10	50	49		

198 10 50 49
208 99

HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE

Année 1877

Nom Vernet Henri N°8

A. n° 38. - 500. 458

Mois		DATES																															TOTAUX				Prescription médicale	OBSERVATIONS
																																	VERTIGES		CRISES			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	JOUR	NUIT	JOUR	NUIT		
Janvier	J								2							1	1	1			1					1		1	1	1			10	3				
	N							2																											2			
Février	J			2	1				1					22	1								1	1		1		1	1			12	3					
	N												4																						4			
Mars	J	2		1						1				3	1		2				1				1		1		3	1		14	4					
	N																										1		5						5			
Avril	J	1		2		2				1																2	1					9	4					
	N					2		2																		1							3		3			
Mai	J		2		1				1	3																			1			5	3					
	N				1					3																								2	3			
Juin	J					1					1																				1	2	1					
	N						1	1				1				1										1		1		1			2	4				
Juillet	J		1	3																																		
	N																																					
Août	J																																					
	N																																					
Septembre	J																																					
	N																																					
Octobre	J																																					
	N																																					
Novembre	J																																					
	N																																					
Décembre	J																																					
	N																																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	52	7	18	21		

59 39

1

Préparation dans un cas d'Epilepsie
infantile reconnaissant pour cause un
gliome de la Région Rolandique supérieure.

Par A. Carrier. médecin des Hôpitaux de Lyon.
et A. Denot. ^{Chirurgien} Professeur à la Faculté de Médecine.

Les interventions chirurgicales dans les
maladies de l'encéphale se sont considérablement
multipliées dans ces dernières années.

L'innocuité relative des opérations pratiquées
sur le crâne d'une part et les indications
pressantes que donnent souvent ~~de~~ par la
doctrine des localisations cérébrales certaines
~~certaines~~ ^{encéphaliques} affections ~~dans l'encéphale~~, y engageant
particulièrement; cependant les résultats
obtenus ne paraissent pas devoir beaucoup
encourager dans cette voie. (L'Epilepsie
~~en particulier~~ ^{en particulier} et surtout l'Epilepsie
partielle ou Jacksonienne par ses indications
prises a déterminé le plus grand nombre
de ces interventions. Les résultats comme
je le dirais tout à ^{cependant} l'heure ont été peu
^{encourageants} brillants, cependant il est certains ^{les} cas

qui, à notre avis, autorisent plus
spécialement à intervenir: ce sont ceux

- (1) Dans lesquels les phénomènes de l'Aura
semblent indiquer très nettement le

point de l'Écorce intéressé, autorisant particulièrement

si la lésion occupe les méninges seules,
ou bien celle

ou la substance cérébrale d'une façon très

superficielle, l'opération peut ^{deux} permettre de

modifier les parties lésées, et par suite

obtenir la guérison; surtout si la lésion
ne remonte pas trop loin. (1)

~~Mais à côté de ces cas il en est d'autres où~~
~~ou bien ou bien~~

On se trouve en présence d'une lésion
irréparable et devant laquelle on est
désarmé. La trépanation a du moins ~~alors~~

cette utilité d'en faire connaître la nature
du ~~crime~~ et, par suite d'apprécier ^{plus} sûrement
la nature de ses conséquences.

L'observation que nous relatons ici
est un exemple de la dernière condition
que nous venons d'exposer: Il s'agit ici
évidemment d'une lésion corticale datant
de l'enfance et très vraisemblablement
peu modifiable.

Meninge = d'un lobe car de l'autre lobe est un lobe de l'autre lobe
Meninge = d'un lobe car de l'autre lobe est un lobe de l'autre lobe
Meninge = d'un lobe car de l'autre lobe est un lobe de l'autre lobe

CONGRÈS ANNUEL

LYON, le

189

DES

Médecins Aliénistes

DE FRANCE

&

DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

SESSION DE LYON 1891

Les lettres et tout envoi de documents doivent
être adressés au Dr ALBERT CARRIER, médecin
des Hôpitaux, 13, rue Laurencin, Lyon.



X Le Congrès est ouvert à deux heures par le
président.

3

mais dont le siège était si nettement indiqué
par les phénomènes ^{muraux qu'affaiblissent les muscles} ~~concrets~~ que nous
avons cédé au désir de nous rendre compte
d'une manière exacte de sa nature.
Nous n'avons du reste pas eu à nous
repentir de notre ^{intervention} ~~conduite~~, car l'opération
bien que n'ayant pas eu de résultat opératif,
a du moins amené ^{relative} ~~une~~ amélioration ~~considérable~~
~~dans l'état de la malade~~ ^{et} qu'on ne pouvait obtenir
par aucun autre moyen -

A) La petite malade ne paraît pas avoir eu de troubles oculaires; elle ne s'en plaint pas, du reste actuellement, et sa vision paraît normale. Cependant à l'examen ophtalmoscopique ne révèle rien ~~dans~~ ~~de la papille~~ d'anormal dans l'aspect de la papille - rien dans la musculature externe.

B- En présence de ces symptômes constants pour le membre inférieur, et intermittents du côté du membre supérieur; nous pensons à une altération de nature indéterminée de la substance corticale de l'hémisphère G. et la partie supérieure des circonvolutions sylvaniques; et nous proposons à la mère de notre petite malade une ^{thérapeutique} ~~intervention~~ qui est acceptée.

façon indéterminée. La contracture était beaucoup plus forte quand la cure
 était plus mauvaise - ~~pendant qu'on passait une~~ ^{traverse} dans
 un occupation habituelle - On ne remarquait pas de gêne bien marquée
 dans l'extension du bras droit qui cependant, au moment du repos, était
 toujours le premier à se contracter - à 9 ans la cure devenait plus nombreuse
 et dans le symptôme s'accroissant - les accès consistaient à l'œdème - qui était toujours
 d'origine nerveuse et par suite d'une opération ~~fonctionnelle~~ ^{fonctionnelle} - d'écarter
 chaque la cure ~~consistait~~ ^{consistait} de caractère, venant elle-même à la contraction
 dans le membre droit, mais 99. ans. les contractions se produisant à
 tout le membre du bras, la cure devenait complète et s'accompagnait
 de gêne et de courbure avec ~~et durait jusqu'à~~ ^{ou} ~~à la fin de la cure~~ ^{durait jusqu'à} - ~~à la fin de la cure~~
 pendant une augmentation de l'oppression et d'insécurité, la cure se levait à l'oppression
 dans notre version la 2^e ~~durait jusqu'à~~ ^{durait jusqu'à} la fin de la cure - 11 ans -
 au moment de son entrée dans l'hôpital - la cure se levait à l'oppression
 dans une façon très inégale - En général la cure commençait par les
 contractions d'origine ~~dans le bras droit~~ ^{dans le bras droit} qui devenaient très rapidement chroniques,
 pendant il y avait extension forcée du membre d'origine droit qui se raréfiait, au
 même temps la cure se contractait, la tête se tournait à gauche - la cure se levait
 à gauche et le malade tombait sans connaissance - Cette description s'appliquait
 à la cure faite mais l'insécurité elle-même à l'extension beaucoup plus forte. ~~Elle~~
 était de bonne à des contractions chroniques dans le bras droit, pour la malade
 horrible, mais sans gêne commerciale, et elle se levait en bout de 99. secondes
 d'autrefois la cure consistait seulement en une sensation subjective, toujours
 dans le membre sup. droit - elle se levait dans son bras) venant son
 expression - Pendant la forte cure la malade venait venant, mais jamais
 elle ne se levait la langue - Après la retour à la connaissance elle n'a ni céphalée
 ni vomissements -
 à l'examen de la malade au contact d'abord d'origine absolue des
 organes splanchniques - par la distension de la tête au du système sans
 les reconnaître et se levait, ~~à l'oppression~~ ^{à l'oppression} des muscles d'origine droit.
 la petite malade à l'appui d'un support se levait et bien développée
 pour un âge - elle a le thorax et le poids normal. mais sa démarche est gênée

agrandi de l'empire la guerre continue avec succès de développement et d'extension. S
du membre inférieur droit surtout dans son segment inférieur - d'après constatation sur
l'os par inséction des os du membre supérieur et de la tête de la femme -

Et ainsi pour les autres os du membre inférieur une inspection
qui est d'après -

le 3 février 1898 - cette opération est pratiquée ^{par Charles Roux} (dans les conditions
les plus grandes pour l'homme -

Ed. Linn



K. Weissgerber = Sur deux cas de traitement Chirurgical l'épilepsie
corticale

Münch. Med. Woch., 1896. 4^{te} p. 361. -

Le premier a trait à un garçon de 10 ans, le deuxième
à un jeune homme de 28 ans. Tous les deux présentent
des phénomènes d'épilepsie jacksonienne (limite d'une moitié
du corps, sans perte de connaissance dans le premier cas, généralisée
et avec perte de connaissance dans le deuxième cas) par suite
de traumatisme crânien, avec perte de substance osseuse
et suppuration prolongée de la plaie, à l'âge respectif de
1 1/2 et de 10 ans. L'opération, pratiquée, il y a 2 ans,
consista dans une trepanation avec ablation des parties altérées
de la dure mère et de la substance corticale et fut suivie
d'une guérison complète dans le premier cas et d'une guérison
presque complète dans le deuxième cas où les accès devinrent
de plus en plus rares (1 accès dans le courant des 18 derniers mois)
et tendent à disparaître.

Hospice de
l'antiquaille.

Statistique - année 1886.

Service de M^r le D^r Carrier.

Classes	Existant le 1 ^{er} janvier 1886	entrées	Total	Sorties			Total des sorties	Restant le 31 déc ^r 1886.	Observations.
				Décès	Guerison	autres causes			
Garçons épileptiques	6	9	15	1	"	4	5	10	
Femmes épileptiques	32	12	44	2	"	6	8	36	
Maladies nerveuses	10	21	31	"	9	12	21	10	
Hommes pensionnaires	21	5	26	5	"	1	6	20	
Femmes pensionnaires	28	7	35	5	"	"	5	30	
Total général	97	54	151	13	9	23	45	106	

MM. A. Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon, et **Ade-not**, ancien professeur à la Faculté de médecine de Lyon. —
Trépanation dans un cas d'épilepsie corticale reconnaissant pour cause un gliome de la région rolandique supérieure.

Les interventions chirurgicales dans les maladies de l'encéphale se sont considérablement multipliées dans ces dernières années. Leur technique a été rigoureusement déterminée, leur innocuité démontrée par de nombreuses statistiques et leurs indications précisées¹.

De toutes les affections encéphaliques, l'épilepsie, et plus particulièrement l'épilepsie partielle ou Jacksonienne, déterminée par une altération de l'écorce avec ou sans lésion primitive du crâne, est celle qui, sans contredit, a fourni les indications les plus favorables. Les résultats ne paraissent pas avoir été très encourageants. Cependant, nous croyons que les cas de cette catégorie dans lesquels les phénomènes de l'aura indiquent nettement le point de l'écorce intéressée, sont ceux où l'intervention est toujours le mieux autorisée. Dans ces cas, en effet, l'application de la doctrine des localisations cérébrales permet de découvrir la lésion, et celle-ci, une fois découverte, deux conditions peuvent se présenter :

Ou bien la lésion occupe les os du crâne, ou les méninges seules, ou encore la substance cérébrale, mais d'une façon très superficielle, l'opération peut alors permettre de modifier radicalement les parties lésées, et, par suite, d'obtenir la guérison, surtout si la lésion n'est pas de date trop ancienne²;

Ou bien encore on se trouve en présence d'une lésion profonde intéressant uniquement le parenchyme cérébral, mal limitée, et ne se prêtant pas à une énucléation totale; le cas est alors plus défavorable, on ne peut logiquement espérer un succès complet. Cependant, la trépanation a ici encore cette utilité de faire connaître la nature du mal, et, par suite, de permettre d'en apprécier plus sûrement les conséquences.

1. A. Chipault, *Travaux de neurologie chirurgicale* (première et deuxième années). Paris, 1896-97.

L. Glantenay, *Chirurgie des centres nerveux*. Paris, 1897.

2. K. Weissgerber, *Sur deux cas de traitement chirurgical d'épilepsie corticale*. (Munch. méd. Woch., 1896, n° 16, p. 361.)

Quelles que soient donc les circonstances, l'intervention nous paraît toujours justifiée.

L'observation que nous allons rapporter est un exemple de la dernière condition que nous venons d'exposer. Il s'agissait évidemment d'une lésion corticale datant de la première enfance et très vraisemblablement peu modifiable. Mais son siège était si nettement indiqué par les phénomènes nerveux qu'offrait la malade, dont le jeune âge (onze ans) était encore une circonstance favorable, que nous avons cédé au désir de nous rendre compte d'une manière exacte de sa nature. Nous n'avons du reste pas eu à nous en repentir, car l'opération, bien que n'ayant pas eu de résultat curatif, a du moins amené une amélioration relative qu'on ne pouvait obtenir par un autre moyen.

Marie V..., âgée de onze ans, entre le 25 juillet 1895 dans notre service de l'Antiquaille.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Il n'existe pas entre eux de consanguinité.

Le père est notoirement alcoolique, il boit particulièrement l'absinthe, surtout depuis l'âge de trente-cinq ans; il en avait trente-neuf à la naissance de notre petite malade. Malgré ces excès, il est remarquable de santé, ne porte aucun signe qui puisse faire songer à la syphilis, qu'il nie du reste, et ne semble jamais avoir eu de maladies graves d'aucune sorte. Ses antécédents familiaux sont muets au point de vue d'une hérédité névropathique ou diathésique quelconque.

La mère ne signale aussi aucun antécédent familial ou personnel suspect, elle s'est toujours bien portée. Elle avoue seulement une nervosité extrême datant de son enfance; elle ne supportait pas une contrariété, les moindres discussions provoquaient chez elle un tremblement qui, des mains d'abord, se généralisait à tout le corps. Depuis son mariage, cette impressionnabilité nerveuse se serait plus accentuée; cependant elle n'a jamais eu de véritables crises de nerfs et elle ne porte aucun stigmate d'hystérie. Au bout de trois ans de mariage elle eut une fausse couche au troisième mois (celle-ci semble avoir été provoquée par un traumatisme), puis enfanta notre malade, et depuis elle n'eut pas d'autre enfant.

Marie V... vint au monde normalement; la grossesse, l'accouchement ne furent marqués par aucun incident, l'enfant paraissait bien conformée et sa croissance fut régulière. A l'âge de sept mois, elle eut des convulsions qui revinrent fréquemment pendant quatre mois sans qu'on sût à quoi on pouvait les rattacher. Elle marche à treize mois, elle ne parle qu'à deux ans, mais son intelligence paraît

p. 722 et

731

se développer normalement et, jusqu'à l'âge de quatre ans, aucun événement digne de remarque ne vient troubler son développement.

Vers quatre ans, les premiers symptômes observés par la mère furent des spasmes dans tout le côté droit aboutissant à des soubresauts du corps tout entier qui agitaient la petite malade dans son berceau trois ou quatre fois par nuit. Les parents attribuèrent ces malaises à une frayeur que l'enfant aurait eue à l'âge de trois ans ; mais les accidents avaient débuté cinq mois après, il ne semble donc pas qu'il y ait une relation à établir entre ces deux faits.

Ces spasmes convulsifs se produisirent ensuite le jour ; l'enfant les sentait venir, elle prévenait ses parents, leur disant de ne pas s'effrayer, puis elle se couchait à terre, prenait son accès et attendait ainsi dans un état de semi-rigidité qu'elle pût se relever. Elle ne perdait jamais connaissance. L'aura qui l'avertissait consistait en des fourmillements assez vifs dans les membres droits, pour lesquels elle demandait qu'on la frictionnât, puis dans une sensation de clignotement dans les paupières. L'accès était marqué par une contraction tonique des membres droits plus prononcée à la jambe, mais commençant toujours par le bras, puis une déviation violente de la tête et des yeux à gauche, sans qu'on pût retourner la tête à droite ; enfin souvent par un peu de salivation, mais jamais il n'y avait morsure de la langue, ni miction involontaire, et la connaissance, au début de l'affection, était toujours conservée.

En dehors des accès, sa santé paraissait parfaite, sauf que peu après les premières crises on remarqua qu'elle avait de la difficulté à marcher. Sa jambe droite traînait un peu, elle avait quelque peine à s'appuyer dessus. Cette fatigue alla en s'accroissant. A sept ans, elle boitait visiblement mais d'une façon intermittente. La boiterie était beaucoup plus forte quand les crises étaient plus nombreuses, quoique jamais assez pour empêcher les occupations habituelles. On ne remarquait pas de gêne bien marquée dans l'exercice du bras droit qui cependant, au moment des crises, était toujours le premier à se convulser. A neuf ans, les crises devenant plus fréquentes et tous les symptômes s'accroissant, sa mère consulte notre collègue le docteur Cordier, qui diagnostiqua déjà une tumeur cérébrale et parla même d'une opération possible. A cette époque les crises avaient changé de caractère, souvent les convulsions ne se bornaient pas aux membres droits, mais se généralisaient à tout le corps, l'accès devenait complet, s'accompagnait alors de perte de connaissance et durait trois ou quatre minutes au lieu de quelques secondes. C'est dans ces conditions que sa mère nous l'amène.

Au moment de son entrée à l'hôpital, Marie V... prend environ douze crises par semaine, mais d'une façon très irrégulière. En général, l'accès commence dans le bras droit par des convulsions toniques qui deviennent très rapidement cloniques. Il y a ensuite extension forcée du membre inférieur droit qui se raidit, en même temps

les yeux se convulsent, la tête se tourne à gauche, puis les convulsions se généralisent et la malade tombe sans connaissance. Cette description s'applique à la crise forte, mais très souvent elle en a d'autres beaucoup plus faibles. Quelquefois tout se borne à des convulsions cloniques dans le bras droit ; puis la malade tombe sans perdre connaissance et se relève au bout de quelques secondes ; d'autres fois l'accès consiste seulement en une sensation subjective, toujours dans le membre supérieur droit, *elle sent bouger dans son bras*, suivant son expression. Pendant les fortes crises la malade urine souvent, mais jamais elle ne se mord la langue. Après le retour à la connaissance, elle n'a ni céphalée ni somnolence.

A l'examen de la malade, on constate d'abord l'intégrité absolue des organes splanchniques, pas de déformation de la tête ni du squelette ; on remarque un raccourcissement marqué et une légère atrophie du membre inférieur droit. A part cette difformité, la petite malade a l'aspect d'une enfant en bonne santé et bien développée pour son âge, elle a la taille et le poids normaux. Sa démarche est pénible, elle boite, elle traîne la jambe sans accuser de douleur, mais la fatigue arrive vite. Le pied est tourné en dehors avec un léger équinisme, le genou un peu fléchi.

Les membres supérieurs paraissent normaux ; on ne remarque pas de différence de volume ni de longueur entre les deux ; la force musculaire est très légèrement diminuée à droite, surtout dans les muscles fléchisseurs. La petite malade est un peu maladroite du bras et de la main droite, sans que cela cependant l'empêche de coudre et de tricoter. Elle n'y éprouve aucun trouble de sensibilité autre que la sensation de son aura ; les réflexes sont un peu exagérés, la contractilité électrique bien conservée.

La longueur des membres inférieurs, mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe est : du côté droit, 0,70 centimètres ; du côté gauche, 0,72⁵. De l'épine iliaque antéro-supérieure au bord inférieur de la rotule, on trouve :

Du côté droit, 0,39 centimètres ; du côté gauche, 0,40 centimètres. Il y a donc un raccourcissement évident portant surtout sur le segment inférieur du membre. Il y a aussi un léger degré d'atrophie : la circonférence de la jambe prise au niveau du mollet est, pour le côté droit, 0,25 centimètres, et pour le côté gauche, 0,27 centimètres. A la partie moyenne de la cuisse on a, du côté droit, 0,30 centimètres, et du côté gauche, 0,31 centimètres.

En somme, légère atrophie portant sur la jambe, la cuisse et la région fessière droite, avec raccourcissement du membre dépassant 0,02 centimètres. Il s'ensuit un abaissement du bassin du côté droit et un léger degré de scoliose consécutive qui disparaît dans la position horizontale.

La force musculaire est notablement diminuée dans ce membre,

surtout pour les muscles fléchisseurs. Les réflexes y sont nettement exagérés et l'on peut provoquer de la trépidation épileptoïde. Pas de troubles de la sensibilité. La petite malade ne paraît pas avoir eu de troubles oculaires, sa vision paraît normale, et on n'observe aucune anomalie dans le fonctionnement des muscles internes ou externes des yeux. L'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune modification de la pupille. L'intelligence est moyennement développée, mais sans troubles appréciables. La santé générale est excellente.

Le 14 novembre 1895, la malade prend devant nous une crise où nous voyons se dérouler le tableau précédemment décrit. Elle nous avertit qu'elle ressent dans le bras droit, et plus particulièrement dans l'épaule, une sensation de mouvement, puis le bras se contracte, ensuite la main, enfin la jambe; la tête se tourne à gauche, l'enfant tombe, et ses convulsions se généralisent à tout le corps; elle ne perd connaissance que pendant quelques secondes, elle se relève au bout d'environ une minute, sans obnubilation.

En présence de ces symptômes constants pour le membre inférieur droit et intermittents pour le membre supérieur et la tête, nous pensons à une altération de nature indéterminée de la substance corticale de l'hémisphère gauche à la partie supérieure des circonvolutions rolandiques, et nous proposons à la mère de notre petite malade une trépanation qui est acceptée.

Opération. — Le 3 décembre 1895, cette opération est pratiquée par l'un de nous.

La tête préalablement rasée, une incision est faite dans le sens antéro-postérieur parallèlement au sinus longitudinal supérieur, puis un débridement latéral est pratiqué à gauche perpendiculairement à l'incision primitive dans le sens de la scissure de Rolando indiquée par les mensurations de Poirier.

Une première couronne de trépan est appliquée à l'intersection des deux incisions au niveau de la portion supérieure des circonvolutions rolandiques. Après avoir sectionné la dure-mère longitudinalement, une masse d'œdème sous-arachnoïdien du volume d'une amande vient faire hernie dans la plaie. Cette petite masse œdémateuse laisse filtrer à sa surface une rosée de sérosité qui, époncée, se renouvelle immédiatement. Une seconde couronne de trépan permet d'apercevoir une masse œdémateuse plus étendue, après agrandissement de la section de la dure-mère.

L'arachnoïde ayant été écartée, il se produit alors une petite déchirure de la surface pie-mérienne, et une tumeur d'aspect grisâtre apparaît. Une série de trois couronnes de trépan est alors pratiquée autour des premières. On sectionne les ponts osseux intermédiaires et on enlève ainsi un quadrilatère osseux de la dimension d'une petite paume de main. Par cette large brèche, on voit nettement les circonvolutions roses, recouvertes de leur pie-mère, un peu au-des-

sous et en dehors. Puis, au niveau de la première couronne, c'est-à-dire en haut, sur un point très voisin du sinus longitudinal supérieur et au niveau du lobe paracentral et de la partie supérieure de la pariétale ascendante, on voit faire saillie une tumeur du volume d'une petite noix, violacée, grisâtre, d'aspect sanieux, avec quelques points noirâtres, comme pigmentée ou infiltrée d'hémorragies interstitielles antérieures.

Cette tumeur semble envoyer un prolongement du côté de la ligne médiane, sur la face interne de l'hémisphère. Elle fait saillie sur la surface de la circonvolution, mais fait très nettement corps avec elle. Elle paraît donc être une modification du tissu et ne pouvoir s'énuccléer quoique paraissant bien limitée en dehors.

Le tissu de cette tumeur est mou, presque déliquescent au toucher, donnant la sensation d'un tissu sans consistance bien différent de l'espèce de tonicité du tissu nerveux des circonvolutions voisines qui paraissent saines. Les battements cérébraux sont très marqués. D'abord au bistouri, puis avec des ciseaux courbes très fins, on sectionne la tumeur, en essayant de l'enlever par tranches; mais en raison de la mollesse du tissu, on est obligé de s'aider bientôt d'une curette pour tâcher d'enlever complètement le tissu morbide. On s'arrête au moment où l'on rencontre un tissu plus blanc; mais en dedans et en haut on le voit se prolonger sur la face interne de l'hémisphère sans qu'on puisse en atteindre les limites. On a ainsi raclé et enlevé environ un centimètre d'épaisseur de tissu morbide, puis on cautérise au thermocautère toute la surface de la région évidée. On rabat alors les méninges, on suture les lambeaux péricraniens et cutanés et on fait un pansement antiseptique.

L'anesthésie avait été assez difficile. La respiration était pénible, les mucosités bronchiques abondantes. L'enfant se cyanosa à plusieurs reprises, si bien que l'on fut plusieurs fois tenté de la réveiller. L'opération ne dura pas plus d'une demi-heure.

La tumeur a été examinée par M. le Dr Paviot, préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, et voici le résultat de son examen :

La dissociation des fragments de la tumeur à l'état frais a donné des cellules à noyau ovale très vigoureusement coloré. Le noyau est entouré d'une atmosphère protoplasmique très claire qui se prolonge aux deux extrémités du grand axe de la cellule par une queue longue et grêle formée du même protoplasma hyalin, c'est-à-dire que ces cellules ne sont pas seulement fusiformes, car leur noyau est ovale, presque rond et non en bâtonnet, et les deux prolongements qui en partent sont comme ses appendices tout en ne présentant pas de réaction histo-chimique différente de celle qu'offre l'atmosphère protoplasmique périnucléaire. La dissociation fraîche, en dehors de quelques capillaires embryonnaires assez nombreux, n'a d'ailleurs pas donné d'autres renseignements.

Les coupes faites sur les *fragments durcis* à la gomme et à l'alcool, et colorés au picrocarmin sont intéressants à rapprocher comme résultats de ceux fournis par les dissociations fraîches. En effet, sur ces coupes on ne se douterait pas de l'existence de ces cellules à doubles bras longs et si spéciaux; on n'observe que des cellules à noyau ovale ou rond, avec protoplasma en couche mince entourant régulièrement le noyau de façon à donner l'apparence de cellules rondes ou ovales tout simplement. Ces cellules paraissent plongées dans une substance granuleuse uniforme qui réagit un peu en jaune à l'acide picrique. D'assez nombreux capillaires embryonnaires serpentent dans la coupe.

Si nous n'avions pas vu les dissociations, il est certain que ces coupes durcies n'offriraient rien de plus que les coupes de la plupart des gliomes. Mais les dissociations soulèvent une question relativement à la structure vraie de certains gliomes et la nature de cette substance granuleuse dans laquelle plongent les cellules, car on peut se demander si cette dernière n'est pas constituée en grande partie par les bras des cellules tels que nous les a décelés la dissociation.

On peut conclure selon toute vraisemblance à un gliome malin, car les gliomes à évolution lente se caractérisent par des cellules de dimensions plus variables et plus inégales d'une cellule à l'autre, d'une richesse en protoplasma plus granuleux. Si dans tout gliome, même à évolution lente, on trouve ces petites cellules à protoplasma clair, du moins à côté de celles-ci il y a des cellules plus volumineuses offrant des formes en navet, en raquette, losangiques, polygonales. Pour ces diverses raisons de morphologie cellulaire, ce gliome offre les caractères histologiques d'un gliome malin.

Les suites de l'opération furent très heureuses. Le soir l'enfant avait 38° de température, n'avait pas de torpeur, et répondait correctement aux questions qu'on lui posait; elle disait ne pas souffrir et se trouver bien.

Le lendemain, 4 décembre, le pansement étant inondé par du liquide séro-sanguinolent, on l'enlève pour le renouveler: la plaie a un très bon aspect, la malade ne souffre pas, elle cause pendant le pansement; température normale. Jusqu'au 9 décembre, la malade continue à bien aller, sans avoir de température, ni de crise convulsive d'aucune sorte. Elle reste donc six jours seulement sans éprouver de phénomènes convulsifs. A partir de ce moment les accidents se sont renouvelés tout d'abord avec une grande fréquence.

Le mois de janvier a été celui où les crises ont été le plus nombreuses, car elles ont atteint presque le chiffre de quatre-vingts; mais depuis cette époque elles ont considérablement diminué de fréquence, les crises généralisées surtout, qui n'ont été en moyenne qu'au nombre de huit par mois au lieu de vingt-trois auparavant.

Les crises partielles, jusqu'au mois d'août 1896, se sont maintenues à une moyenne assez élevée, environ vingt par mois; mais depuis

elles sont tombées comme les crises généralisées à la moyenne inférieure d'environ huit à neuf par mois.

Le tableau ci-joint montre très clairement la fréquence des crises avant et après l'opération.

1895	Grandes CRISES	CRISES partielles.	1896	Grandes CRISES	CRISES partielles.	1897	Grandes CRISES	CRISES partielles.
Août.	23	19	Janvier. ...	58	21	Janvier. ...	5	10
Septembre. .	27	36	Février. ...		30	Février. ...	7	12
Octobre. ...	26	27	Mars.	2	32	Mars.	9	14
Novembre. .	29	12	Avril.	5	17	Avril.	7	12
Décembre. .	14	7	Mai.	1	25	Mai.	6	7
			Juin.	2	15	Juin.	5	4
3 décembre			Juillet.	2	21	Juillet.		
opération.			Août.	5	19			
			Septembre. .	4	5	Moyenne		
Moyenne			Octobre. ...	7	6	par mois. .	6,5	9,8
par mois. .	23,3	20,2	Novembre. .	1	9			
			Décembre. .	12	8			
			Moyenne					
			par mois. .	8,3	17,3			

L'amélioration immédiate, mais de courte durée, qui a suivi l'opération s'explique très bien par la décongestion et la décompression. L'aggravation secondaire mais également passagère qui a succédé à l'amélioration du début reconnaît sans doute pour cause les phénomènes de réparation et de cicatrisation. Enfin, l'atténuation des symptômes et leur persistance dans ce dernier état résultent de la guérison malheureusement incomplète du foyer de la tumeur dont quelque prolongement continue probablement à évoluer silencieusement, et de la substitution à la masse néoplasique d'un tissu dépourvu des qualités ordinaires du tissu nerveux de l'écorce cérébrale.

Au point de vue de l'état général, la petite malade ne paraît pas s'être mal trouvée de cette intervention. Elle a continué à grandir et à se développer, physiquement du moins, d'une manière tout à fait satisfaisante; actuellement elle n'est pas encore réglée.

Les phénomènes paralytiques du côté droit se sont peut-être davantage accentués au membre inférieur; la main est restée assez habile, mais la jambe est faible par paralysie très marquée des muscles fléchisseurs. Les extenseurs offrent au contraire une assez grande résistance. Il en résulte une démarche claudicante de plus en plus

pénible. Les réflexes sont toujours exagérés et l'on produit très facilement le clonus du pied.

Au point de vue psychique nous n'avons pas, malheureusement, à constater d'amélioration. Dans le mois qui a suivi son opération elle est restée dans un état de prostration marquée qu'elle n'avait pas les premiers jours. Elle s'en est réveillée au bout d'un mois environ avec une intelligence sinon amoindrie, du moins plus paresseuse. Elle a de la tendance à la somnolence ou a de la peine à fixer son attention. Malgré les plus grands efforts on n'a pu parvenir à lui apprendre à lire ni à écrire. Elle montre en même temps des défauts de caractère qu'on ne lui connaissait pas. Elle boude pour un rien, est indocile et capricieuse.

En somme, bien que nous ne constations pas un affaiblissement psychique bien marqué, elle n'en montre pas moins un affaïssissement moral qui est peu rassurant.

L'intérêt de cette observation réside tout d'abord dans la précision avec laquelle les phénomènes observés ont indiqué le siège réel de la lésion. L'état pathologique du membre supérieur droit paraissait dominer la scène; c'est là, et plus particulièrement dans son segment inférieur, que l'on constatait des troubles physiques et fonctionnels constants. Le raccourcissement du membre et son atrophie ne pouvaient être dus qu'à un arrêt de développement dépendant d'une lésion destructive qui devait remonter à la première enfance. Sa limitation plus précise au segment inférieur du membre nous amena à penser au siège qu'occupait la lésion, c'est-à-dire au lobule paracentral ou son voisinage. C'est, en effet, dans cet endroit précis que l'on a trouvé cette tumeur, dont la nature était difficile à présumer, et qui avait pour conséquence l'irritation des parties voisines, indiquée par le commencement de l'aura au bras.

Notre observation est donc un exemple à l'appui de la doctrine des localisations cérébrales qui nous a guidés et un encouragement à lui rester fidèles.

Au point de vue opératoire, les résultats ont été très satisfaisants et ont montré, une fois de plus, la bénignité de cette intervention. L'opération a eu aussi un heureux effet sur les manifestations convulsives.

La lecture du tableau des accès avant et après l'opération fait nettement ressortir la diminution de fréquence considérable des accès généralisés. Il semble donc que si la lésion, persistante et incomplètement modifiée par l'intervention, continue à produire

les phénomènes d'irritation qui se traduisent par des accès partiels, la décompression du cerveau dans cette région a eu pour conséquence l'atténuation considérable des crises généralisées.

MM. Lannois et J. Paviot. — Deux cas de chorée héréditaire avec autopsies.

Depuis l'époque (1888) où l'un de nous a publié la première observation familiale détaillée de chorée héréditaire recueillie en France, les faits se sont beaucoup multipliés et ont permis une connaissance approfondie de la maladie au point de vue symptomatologique. Le point resté dans l'ombre, malgré quelques relations d'autopsies, est certainement l'anatomie pathologique.

C'est qu'en effet les cas publiés n'ont le plus souvent donné lieu qu'à des descriptions macroscopiques. Quant aux relations, d'ailleurs rares, d'examen microscopiques elles ne concordent pas absolument les unes avec les autres.

Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapporter l'histoire de deux malades que nous avons suivies pendant longtemps et dont nous avons pu faire les autopsies il y a quelques mois. L'examen histologique du système nerveux, que nous avons pratiqué en détail, ne résoudra certes pas tous les points de cette intéressante question, mais il nous a permis d'arriver à une conception assez nette des lésions dans leur ensemble.

Voici d'abord les observations.

OBSERVATION I. (Résumée). — L'observation clinique de notre premier cas est rapportée dans le mémoire de l'un de nous sur la *Chorée héréditaire*¹. Nous nous contenterons de rappeler ici qu'elle faisait partie de la famille Vey... Dans cette famille, une patiente enquête, faite dans différentes villes ou villages du Rhône, de l'Isère et de la Drôme, nous avait permis d'avoir les renseignements précis sur quinze choréiques dont sept avaient pu être observés par nous.

Au moment où l'histoire d'Adèle Vey... fut publiée, en 1888, cette femme avait trente-trois ans, et sa chorée datait de l'âge de vingt et

1. Lannois, *Revue de médecine*, 1888. — Voir aussi Lenoir, thèse de Lyon, 1888.

Vernet & Marie.
c 1808

10. 10. 10.

